

**MODULO PER LA RICHIESTA DI OSCURAMENTO EVENTO CLINICO SU DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

All D 2 quater

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in nome proprio,

ovvero

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in

caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, **Dichiaro** ai sensi dell'art. 47 del

D.P.R. n. 445/2000 la mia qualità di rappresentante \_\_\_\_\_ (specificare se

genitore, tutore, amministratore di sostegno) del/la Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

e in tale qualità

**CHIEDO CHE L'EVENTO CLINICO IN DATA \_\_\_\_\_ , SOTTO MEGLIO INDIVIDUATO**

**NON SIA VISIBILE SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

**NON SIA VISIBILE SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEL RAPPRESENTATO**

**La scelta di oscuramento effettuata potrà essere in qualsiasi momento revocata. In ogni caso le informazioni oscurate restano a disposizione dell'Azienda per gli eventuali obblighi di conservazione, ma non possono essere più condivise tra i diversi operatori che abbiano in cura, di volta in volta, l'interessato.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

A cura dell'operatore incaricato:

identificato l'interessato a mezzo documento \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_